

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

THÈSE

N°

1380

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PRÉSENTÉE PAR

Louis RAUFMAN

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 28 Mars 1913, à BARLAD (Roumanie)

Contribution à l'Etude
des Formes Cliniques
de l'Acrodynie Infantile

Travail du Service du Docteur R. CLÉMENT
(Hôpital Trousseau)

Président : M. CHIRAY, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

1880

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PRÉSENTÉE PAR

Louis RAUFMAN

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 28 Mars 1913, à BARLAD (Roumanie)

Contribution à l'Etude
des Formes Cliniques
de l'Acrodynie Infantile

Travail du Service du Docteur R. CLÉMENT
(Hôpital Trousseau)

Président : M. CHIRAY, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

I. — Professeurs

Anatomie	.....
Physiologie	.....
Physique médicale	.....
Chimie médicale	.....
Bactériologie	.....
Parasitologie et histoire naturelle médicale	.....
Pathologie médicale et générale	.....
Pathologie médicale	.....
Pathologie chirurgicale	.....
Anatomie pathologique	.....
Histologie	.....
Pharmacologie et matière médicale	.....
Thérapeutique	.....
Hygiène et médecine préventive	.....
Médecine légale	.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie	.....
Pathologie expérimentale et comparée	.....
Hydrologie thérapeutique et climatologie	.....
Clinique médicale	.....
Hygiène et clinique de la pré	.....
Clinique des maladies des en	.....
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	.....
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	.....
Clinique des maladies du système nerveux	.....
Clinique des maladies infectieuses	.....
Clinique chirurgicale	.....
Clinique ophtalmologique	.....
Clinique urologique	.....
Clinique d'accouchements	.....
Clinique gynécologique	.....
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	.....
Clinique thérapeutique médicale	.....
Clinique oto-rhino-laryngologique	.....
Clinique thérapeutique chirurgicale	.....
Clinique propédeutique	.....
Clinique de la Tuberculose	.....
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	.....
Clinique de neuro-chirurgie	.....
Clinique cardiologie	.....
Assistance médico-sociale	.....

Professeurs sans chaire



MM.
ROUVIERE.
LEON BINET.
STROHL.
POLONOVSKI.
ROBERT DESRE.
BRUMPT.
BAUDOUIN.
ABRAMI.
MONDOR.
LEROUX.
CHAMPY.
TIFFENEAU
HARVIER.
TANON.
BALTHAZARD.
LAIGNEL.
LAVASTINE
FIESSINGER.
CHIRAY.
LOEPER.
CARNOT.
Marcel LABBE.
CLERC.
LEREBoullet
NOBECOURT.
H. CLAUDE.
GOUGEROT.
GUILLAIN.
LEMIERRE.
CUNEO.
GOSSET.
GREGOIRE.
LENORMANT.
TERRIEN.
CHEVASSU.
LEVY-SOLAL.
COUVELAIRE.
JEANNIN.
MOCQUOT.
OMBREDANNE
RATHERY.
LEMAITRE.
Pierre DUVAL.
VILLARET.
TROISIER.
MATHIEU.
Clovis VINCENT.
LAUBRY.
M...
HAZARD.
HOVELACQUE
MULON.
OLIVIER.
SANNIE.
VERNE

II. — Agrégés en exercice

MM.	
AMELINE	 Pathologie chirurgicale.
BARIETY	 Pathologie médicale.
FENARD Henri	 Pathologie médicale.
BERNARD EL.	 Pathologie médicale.
BESANCON (J.).	 Hydrologie.
BOULIN	 Pathologie médicale.
BULLIARD	 Histologie.
CATHALA	 Pathologie médicale.
COSTE	 Pathologie médicale.
CHEVALLIER	 Pathologie médicale.
DOGNON	 Physique
FUNCK-	 Pathologie chirurgicale.
FEY	 Urologie.
GAILLARD	 Parasitologie.
GASTINEL	 Bactériologie.

MM.	
DE GAUDART	
D'ALLAINES	 Pathologie chirurgicale.
GAYET	 Physiologie.
DE GENNES	 Pathologie médicale.
GIROUD	 Histologie.
HAGUENAU	 Pathologie médicale.
HALPHEN	 Oto-rhino-laryngologie
HUGUENIN	 Anatomie pathologique.
JOANNON	 Hygiène.
LACOMME	 Obstétrique.
LANTUEJOUL	 Obstétrique.
LAROCHE Guy.	 Pathologie médicale.
LAVIER	 Parasitologie.
LELONG	 Pathologie médicale.

MM.
LEMAIRE Pathologie expérimentale.
LEVEUF Pathologie chirurgicale.
LEVY (M^{re} J.) Pharmacologie.
LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX Pathologie chirurgicale.
MOLLARET Pathologie médicale.
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN Pathologie médicale.
PETIT-
DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.

MM.
PIEDELIEVRE.. Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
RENARD..... Ophtalmologie.
RICHEL Physiologie.
SENEQUE Pathologie chirurgicale.
TURPIN Pathologie médicale.
VIGNES Obstétrique.
WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.
ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLEY-
BERT Physiologie.
HEITZ-BOYER.. Pathologie chirurgicale.

MM.
LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.
NEVEU-
LEMAIRE.. Parasitologie.
LE LORIER ... Obstétrique.
SCHWARTZ ... Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL ... Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.
ALAJOUANINE..
AUBERTIN
BRULE
CHABROL.....
DONZELOT ...
DUVOIR
LIAN
PASTEUR- VAL
LERY-RADOT..
SEZARY
 } Clinique médicale

MM.
BASSET
BROCC
CADENAT
GATELLIER ...
MOURE
QUENU
VELTER
 } Clinique chirurgicale
ECALLE
METZGER
 } Clinique obstétricale

V. — Chargés de cours

MM.
CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
LEDoux-LEBARD Radiologie clinique.
RUPPE Stomatologie.
WEILL-HALLÉ Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

Faible témoignage de ma profonde reconnaissance et de mon affection.

A MA SŒUR

A MES CHERES PETITES NIECES

AUX MIENS

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CHIRAY
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Bichat
Chevalier de la Légion d'Honneur

En témoignage de gratitude pour
son bienveillant accueil et pour
l'honneur qu'il nous a fait en ac-
ceptant la présidence de cette thèse.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR ROBERT CLEMENT
Médecin de l'Hôpital Trousseau

Il nous a inspiré ce modeste tra-
vail et nous a guidé dans sa réali-
sation.

Qu'il veuille bien accepter l'hom-
mage de notre reconnaissance pour
sa constante bienveillance à notre
égard.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stages :

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. BEZANÇON
MONSIEUR LE PROFESSEUR R. GREGOIRE
MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS RAMOND
MONSIEUR LE PROFESSEUR N. FIESSINGER
MONSIEUR LE DOCTEUR LESNE

Externat :

MONSIEUR LE DOCTEUR A. BAUMGARTNER
MONSIEUR LE DOCTEUR H. STEVENIN
MONSIEUR LE DOCTEUR R. CLEMENT
MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HALPHEN
MONSIEUR LE DOCTEUR R. GOUVERNEUR
MONSIEUR LE DOCTEUR L. MICHON
MONSIEUR LE DOCTEUR R. WORMS

Contribution à l'étude des formes cliniques de l'acrodynie infantile

INTRODUCTION

Après les nombreux travaux publiés sur l'acrodynie, nous ne nous proposons pas de reprendre, une fois de plus, l'étude de la symptomatologie de l'acrodynie typique. Aussi, après avoir rappelé brièvement les symptômes cliniques classiques de cette maladie, nous passerons surtout en revue les différentes formes cliniques, qui, par leur variété et leurs modes évolutifs, posent assez souvent en pratique des problèmes délicats au point de vue diagnostique et pronostique.

La prédominance d'un symptôme ou d'un groupe de symptômes au début ou au cours de la maladie, réalise des formes atypiques, que la recherche systématique des signes caractéristiques ou l'évolution permettent d'identifier.

D'autre part, des symptômes présentés ou de leur groupement, on ne peut tirer qu'un pronostic très limité et il est impossible de préjuger quelle sera la durée et la nature de l'évolution.

C'est donc à l'étude de ces formes d'un diagnostic souvent difficile, que nous consacrons ce travail. Quel-

ques observations, recueillies parmi les plus caractéristiques de la littérature, illustrent cette étude.

.....

Nous tenons à remercier ici M. le Docteur Robert Clément, qui nous a donné l'idée de cette thèse et aidé de ses précieux conseils.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE ET RAPIDE ETUDE CLINIQUE DE L'ACRODYNIE TYPIQUE

C'est Selter de Solingen, en 1903, qui, au Congrès de Cassel, en Hesse, décrivit d'une façon parfaitement nette huit cas de cette maladie, qu'il croit nouvelle et qu'il désigne sous le nom de *tropho-dermato-neurose*. Mais, certains auteurs ont tenté de rapporter cette maladie à des affections observées jadis (1828) à Paris, frappant les adultes, ayant présenté un caractère épidémique et dont l'allure clinique, par certains points, rappelle l'acrodynie actuelle. D'ailleurs, ce terme d'acrodynie, qui a prévalu aux nombreuses dénominations sous lesquelles on a décrit ce syndrome, a été proposé par Chardon en 1828 et il met bien en évidence l'importance de la localisation aux extrémités des phénomènes pathologiques et des douleurs. Mais, très rapidement, l'épidémie de 1828 s'éteint et avec elle l'acrodynie disparut ensuite de la mémoire des médecins. Aussi il est impossible de préciser quel lien existe entre l'acrodynie décrite par Chardon, Genest et Chomel et la maladie actuelle frappant les petits enfants, découverte et étudiée pour

la première fois dans la période contemporaine, par Selter.

Après Selter, c'est Swift d'Adélaïde qui, en 1914, au Congrès Médical d'Australie, rapporte quatorze cas de cette maladie qu'il désigne sous le nom d'*érythroedème*. D'intéressantes études cliniques sont ensuite publiés par les médecins australiens, Wood, Little John, Clubbe et Snowball.

Bientôt, de tous côtés, les observations se multiplient : aux Etats-Unis avec Byfield, Bilderback et Weston; en Angleterre avec Thurnfield et Parkes Weber.

En 1922, Feer, de Zurich, fait une étude approfondie de l'acrodynie, qu'il appelle *névrose du système végétatif*.

En France, c'est Comby qui la fit connaître, en 1922, en analysant les travaux australiens.

Le premier cas observé semble bien être celui décrit par M. Debré et Mlle Petit, en 1924, et qu'ils prirent alors pour un cas atypique de maladie de Morvan.

Mais, c'est Haushalter, de Nancy, qui groupa le premier plusieurs observations personnelles typiques et inspira la thèse de son élève Hœchstetter, en 1925.

A partir de 1926, les travaux français se multiplient. A Paris, MM. Nobécourt, Henri Janet, Debré et leurs élèves; à Lyon, M. Péhu et son école; en Alsace, M. Woringer; dans la région bordelaise, M. Rocaz; à Toulouse, M. Bézy et Mlle Coudat, observent et étudient des cas nets d'acrodynie infantile, fixant ses traits caractéristiques et, dans une certaine mesure, sa nature.

De nombreuses thèses ont été publiées sur l'acrodynie. Parmi les plus documentées, citons : la thèse de Cosmi, 1930; de Marcel Rachet, en 1935; de André Hanaut, en 1937, etc...

De très nombreux travaux ayant été publiés sur la symptomatologie de l'acrodynie infantile, nous nous contenterons de schématiser rapidement son allure clinique typique.

L'acrodynie frappe, dans la très grande majorité des cas, de jeunes enfants de six mois à quatre ans. L'influence saisonnière est assez marquée et la maladie s'observe le plus fréquemment en hiver ou au commencement du printemps.

Le DÉBUT est tout à fait insidieux et la maladie met quatre à six semaines, parfois deux ou trois mois, pour se constituer complètement. Assez souvent, il est marqué par un épisode fébrile : grippe, coryza, rhinopharyngite. Habituellement, ce sont les troubles psychiques qui paraissent être les premiers en date et attirent l'attention des parents.

A LA PÉRIODE D'ÉTAT, le syndrome s'est constitué et forme un ensemble caractérisé par l'association clinique de troubles psychiques, cutanés et cardio-vasculaires. La localisation des altérations au niveau des extrémités, associées aux troubles psychiques, a permis à M. Debré de dénommer cette forme clinique typique la forme *psycho-acro-pathologique*.

1° *Les troubles psychiques* sont peut-être ce qu'il y a de plus évident, de plus frappant, dans la symptomatologie. Ils sont constants et très souvent les plus précoces.

L'enfant est triste et morne, et ne joue plus; il se cache dans les bras de sa mère et dès qu'on veut l'examiner, il gémit et se défend. Quand il reste seul dans son lit, il adopte les attitudes les plus étranges ou bien il demeure le regard vague, avec un air de fatigue et de souffrance, se plaignant fréquemment. S'il n'est pas alité, il marche avec peine, s'accroupit dans un coin et reste immobile de longues heures dans cette attitude recroquevillée. Il semble indifférent à son entourage, ne répond plus à l'appel de ses parents, ne se réjouit plus de leur venue et ne s'émeut pas de leur départ. Des crises de mauvaise humeur s'associent à cette tristesse permanente. Certains petits malades poussent des gémissements pénibles; certains, assis dans leur lit, l'air anxieux et mélancolique, répètent, durant des heures, les mêmes mots, les mêmes lambeaux de phrases sur un ton de lamentation.

La nuit, l'enfant est agité, il passe des nuits entières sans dormir. Parfois, le rythme du sommeil est inversé et l'enfant ne dort que le jour.

2° *Le syndrome acro-pathologique* est caractérisé par l'érythème accompagné du gonflement des mains et des pieds et les troubles de la sensibilité subjective localisés aux extrémités. L'érythème de teinte écarlate ou violacée est symétrique et colore uniformément les mains et les pieds. Il est plus marqué aux faces

palmaire et plantaire et aux extrémités des doigts et des orteils. Il cesse insensiblement à la cheville et au poignet.

De plus, les extrémités sont gonflées : la main est augmentée de volume; les doigts sont boudinés. Il s'agit d'un œdème élastique ne prenant pas le godet.

Les mains et les pieds sont moites et froids, car la sécrétion sudorale y est exagérée.

Conséquence de ces sueurs froides, au bout d'un certain temps apparaît une desquamation qui se fait souvent par larges lambeaux.

Enfin, les mains et les pieds sont le siège de sensations douloureuses ou désagréables. Il s'agit de sensations de brûlure ou d'élancement, de fourmillements ou de prurit.

3° *Les troubles cardio-vasculaires* sont pathognomoniques, constants, précoces et durables. Il s'agit, d'une part, d'une *tachycardie* importante (120 à 160 pulsations par minute), régulière, fixe et persistante et, d'autre part, de l'*hypertension artérielle*.

Il n'y a pas de lésions organiques du cœur.

Les signes cardio-vasculaires persistent pendant la convalescence, après la disparition des troubles cutanés et nerveux, et l'on ne peut affirmer la guérison qu'après leur disparition.

4° Enfin, parmi les autres signes de l'acrodynie, notons :

— *Les troubles de l'état général*, indiquant une atteinte rapide et profonde de l'organisme. L'amaigris-

sement est rapide et inquiétant, expliqué, dans une certaine mesure, par l'*anorexie* marquée, très fréquente. L'anorexie contraste avec la soif intense.

La température est habituellement normale. Parfois, elle est légèrement élevée, oscillant entre 37° et 38°.

— *Les troubles moteurs*, dont l'intensité varie de la simple fatigabilité jusqu'à l'impotence complète. L'*hypotonie* musculaire est très marquée. Les muscles sont mous, flasques; les réflexes tendineux sont en général diminués.

— *Les troubles vaso-moteurs*, caractérisés par l'hyperpersécrétion sudorale et sébacée des extrémités. Dans certains cas, la sudation est généralisée, donnant à la peau une sensation froide, visqueuse et gluante au toucher. Les sueurs apparaissent souvent par poussées, après les crises douloureuses.

5° Les *examens de laboratoire* n'ajoutent pas grand'chose à la symptomatologie.

Le liquide céphalo-rachidien est normal du point de vue cyto-bactériologique et chimique.

L'examen du sang montre quelquefois un certain degré d'*hyperglobulie* et une légère *leucocytose*.

Evolution. — L'acrodynie est une maladie subaiguë, dont la durée moyenne est d'environ six mois. Mais il existe des formes prolongées évoluant pendant des années. Les tests de guérison sont : l'amélioration de l'état général, la disparition des troubles psychiques et cardio-vasculaires.

CHAPITRE II

FORMES CLINIQUES

Tels sont brièvement schématisés les signes de la forme commune de l'acrodynie infantile, caractérisée par l'association de ces symptômes divers.

Il n'en est pas de même pour certaines formes cliniques où apparaissent au premier plan des symptômes généralement accessoires ou bien s'effacent certains caractères importants, tels que les phénomènes cutanés. C'est pour ces différentes raisons que les formes anormales de l'acrodynie ont été longtemps méconnues. Il a fallu que les observations se multiplient et que l'acrodynie soit étudiée à fond, pour s'apercevoir que la recherche systématique des symptômes caractéristiques ou leur apparition ultérieure suffit pour faire la preuve de la nature de l'affection.

Selon la prédominance de tel ou tel des éléments du syndrome acrodynique : douleurs, troubles vasomoteurs, troubles psychiques et nerveux; suivant les modalités, l'intensité, les localisations, l'époque d'apparition et le mode évolutif de ces troubles, nous aurons à décrire les différentes formes cliniques suivantes :

A. — Acrodynie fruste à forme douloureuse.

Nous avons vu que, dans la forme commune, les douleurs ou plutôt les paresthésies douloureuses des extrémités sont, avec les troubles vaso-moteurs qui les accompagnent, un des éléments essentiels du syndrome.

Le plus souvent, il s'agit de sensations de brûlure ou de cuisson, ou bien d'une sensation de fourmillements ou de picotements. Parfois, la sensation est surtout prurigineuse et agaçante. Quelquefois, il s'agit d'élançements douloureux se traduisant au niveau du visage du petit malade par une expression d'angoisse et de terreur et provoquant des larmes et des cris.

Mais les sensations douloureuses ne sont pas toujours limitées aux pieds et aux mains. Il n'est pas rare qu'elles siègent au niveau des dents et de la bouche, au niveau de la tête, particulièrement du cuir chevelu. Quelquefois, au niveau de l'abdomen. Dans certains cas, les douleurs des jambes, des genoux, des bras ou des dents, précèdent de plusieurs semaines l'apparition des troubles vaso-moteurs et trophiques. Lorsque les phénomènes douloureux sont isolés ou avec des signes subjectifs très frustes, surtout lorsqu'ils siègent autre part qu'aux mains et aux pieds, ils posent un problème diagnostique délicat et, si l'on ne songe pas à l'acrodynie, on cherche en vain localement ou au niveau du système nerveux, la justification de ces douleurs.

Les observations suivantes mettent en évidence l'allure clinique de ces formes frustes douloureuses de l'acrodynie.

OBSERVATION I (*Résumée*) (BERNHEIM)

(*Pédiatrie*, N° 1, janvier 1935)

T... Yvonne, 10 ans, demeurant à Lyon, sixième arrondissement.

Antécédents héréditaires : Rien de spécial à signaler.

Antécédents personnels : Rien à signaler en dehors de manifestations d'origine hépatique.

Le 3 novembre 1933, en rentrant de l'école, l'enfant se plaint des jambes, le lendemain d'élancements douloureux dans toutes les dents; un dentiste est consulté, mais ne trouve rien d'anormal. Durant deux jours, l'enfant continue à marcher, mais les douleurs augmentent et deviennent si pénibles qu'on met l'enfant au lit le 5 novembre. Malgré le repos, l'enfant continue à souffrir. Elle se plaint avec insistance des mollets, des cuisses, réveillant la nuit ses parents, en raison de véritables crises douloureuses qui lui arrachent des cris.

La marche est impossible. Si on lève l'enfant, les douleurs augmentent; elle ne peut plus avancer et demande son lit. Les jours suivants, les mêmes phénomènes douloureux apparaissent dans les bras.

Durant ces quelques jours, la température s'élève le soir à 37°6.

Nous voyons l'enfant le 7 novembre et nous sommes très hésitant quant au diagnostic à porter.

L'enfant nous raconte ses malaises. La palpation des muscles, des articulations est indolore.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont vifs.

Les parents n'ont pas noté de troubles évidents du caractère. Ils signalent seulement que, vers 16 heures,

l'enfant est agitée, énervée. Pas d'insomnie réelle en dehors des réveils assez fréquents causés par les crises douloureuses. Pas de somnolence diurne.

Pas d'amaigrissement, pas de troubles digestifs.

Le 13 novembre, les phénomènes douloureux sont toujours aussi accentués. Pendant une semaine, aucun symptôme nouveau n'apparaît.

Le 20 novembre, l'enfant accuse des *troubles oculaires* : sensation de cuisson, de picotements au niveau des deux yeux, s'accompagnant d'un peu de photophobie. Mais, surtout, elle présente de la *diplopie*. Spontanément, elle dit voir deux personnes au lieu d'une.

Examinée spécialement à ce point de vue, on acquiert la conviction que la diplopie est réelle. Pas de paralysies oculaires nettes.

Le 24 novembre, le diagnostic d'acrodynie est porté en raison d'une rougeur peu accentuée d'ailleurs, mais nette, des extrémités des doigts et des orteils. On apprend d'ailleurs que, depuis quelques jours, les mains et les pieds sont le siège d'une sudation anormalement exagérée. L'interrogatoire montre l'absence de crises sudorales généralisées; on ne constate, sur le corps, aucune éruption.

A noter, l'accélération du pouls à 120.

Dans les jours qui suivent, il faut signaler la persistance de la diplopie et l'apparition de crises de démangeaisons nasales qui amènent des lésions de grattage avec rougeur de l'extrémité du nez. Les mains et les pieds demeurent moites, leurs extrémités un peu rouges, sans augmentation de la teinte du début. L'enfant n'en souffre pas.

Depuis le 24 novembre, l'enfant a été mise à l'acéchole (une injection de 0 gr. 10 tous les 2 jours) et à l'uroformine (0 gr. 50 par jour).

On la revoit le 3 décembre. L'état s'est amélioré. Les

douleurs des membres, la diplopie ont disparu. Seules persistent les crises de démangeaisons de l'extrémité nasale.

L'extrémité des doigts et des orteils est devenue normale; on note, à ce niveau, une fine desquamation cutanée.

Depuis quelques jours, l'enfant est plus énervée, surtout à la fin de la journée. Elle pleure sans raison et ne peut plus supporter la présence de ses frères dans sa chambre. Mais les nuits sont bonnes, *car les douleurs ont disparu.*

Le 19 décembre, l'enfant a repris son entrain; elle s'alimente bien, dort parfaitement.

En janvier, on peut la considérer comme guérie : cependant, elle se plaint de temps à autre d'élancements douloureux dans les bras, les chevilles.

En février 1934, nous revoyons l'enfant qui a repris son existence habituelle.

Commentaire. — En résumé, nous voyons qu'il s'agit ici d'un enfant dont l'affection commença par des *phénomènes douloureux intenses localisés d'abord aux dents, ensuite aux mollets, cuisses et bras.* Ce n'est que trois semaines après le début de l'affection qu'apparaissent quelques symptômes cardinaux effacés : érythème des extrémités peu intense et légère sudation, permettant de faire le diagnostic.

OBSERVATION II (J. LEVESQUE et M. MÉRY)
(*Bulletin de la Société de Pédiatrie*, Nov. 1933)

L'enfant Bruno L..., âgé de 4 ans, est pris, le 22 avril, d'une fièvre élevée qui dure deux jours. Jusque-là bien

portant et ayant notablement augmenté de poids, il subit ce jour même un changement progressif assez accentué, que l'on attribue à la fièvre des deux jours, dont il se serait mal guéri. Il est grognon, il refuse de jouer et reste assis ou couché dans un coin. Il perd du poids et lorsque l'on aura l'occasion, le 4 septembre, de le peser on constatera qu'il a maigri en 12 jours de 700 grammes.

Cependant, à ce moment, on ne remarque aucun symptôme frappant. Il marche, il mange, et cet enfant part aux environs de Paris pour finir ses vacances.

Le 6 septembre, subitement, *il est pris de douleurs abdominales violentes avec un ou deux vomissements. La température reste à 37°8. Aucun phénomène intestinal n'apparaît.* Mais d'autres symptômes viennent bientôt se joindre à ces douleurs abdominales : l'enfant est complètement abattu, il ne sort pas de son lit, il reste grognon et, de temps à autre, il est pris de colères violentes.

La température restera aux environs de 37°3-37°6 et pourtant, malgré cette faible température, il est pris de temps à autre de transpirations considérables qui obligent à changer ses vêtements et son oreiller.

Le 9 septembre, *il est pris de telles douleurs abdominales* que l'un de nous est appelé dans l'après-midi. Nous constatons ce que la mère nous a rapporté : l'enfant est couché en chien de fusil dans son lit, il est triste, abattu. Il est cependant parfaitement lucide, répond aux questions. Son visage est triste. Nous notons de temps à autre ce que la mère nous a dit : *l'enfant, de temps en temps, pousse un cri, se recroqueville sur lui-même, applique ses mains sur son ventre pour calmer une crise passagère de douleurs, comme il en a depuis quatre jours.*

Nous examinons cet enfant et nous remarquons les

choses suivantes : *l'examen du ventre qui attire d'abord notre attention est absolument négatif. Le ventre est souple dans toutes ses parties. Pas de douleurs provoquées en aucun point. Le foie est normal, la rate n'est ni percutable, ni palpable. Même il semble que l'enfant soit soulagé par la pression et par le léger massage que provoque l'examen.*

L'enfant apparaît couvert de sueurs. D'autre part, on note les points suivants : les conjonctives sont rouges, injectées de sang. Il présente une stomatite extrêmement nette : les lèvres et les gencives sont sèches, le voile du palais et les joues couverts de petits points rouges et acuminés.

L'examen du système nerveux ne présente absolument aucun symptôme à noter, sauf *une très légère raideur de la nuque, sans signe de Kernig*. Les réflexes sont normaux, il n'y a pas de signe de Babinski. Aucune contracture n'existe, il y a même un degré notable d'hypotonie.

Lorsqu'on cherche à le faire marcher, l'enfant se tient debout, mais il titube, il fait quelques pas et demande à ne plus continuer à marcher.

On remarque d'autre part l'extrême maigreur de l'enfant qui a encore maigri depuis le 14 septembre, et la mère note un dernier symptôme : l'enfant est atteint d'une soif intense et il ne cesse de demander à boire. L'appétit par contre est nul.

Nous sommes évidemment orientés vers l'existence d'une maladie à virus neurotropes. Nous avouons ne pas avoir pensé à ce moment à l'acrodynie et n'avoir pas pris la tension artérielle de cet enfant, l'appareil respiratoire et circulatoire étant absolument normaux, le pouls est cependant à 100.

Nous étions orientés plutôt, à cause de la légère raideur de la nuque, vers une forme atypique de polyo-

myélite, maladie qui régnait à ce moment, et dont nous avions vu de nombreux cas à l'hôpital.

En conséquence, nous demandons à la mère que si l'enfant n'est pas calmé dans la journée par quelques gouttes de laudanum et de belladone que nous préconisons, elle l'amène à Paris pour un examen plus complet

La journée du 10 septembre est la plus mauvaise de toutes. L'enfant ne *cesse d'avoir des crises violentes*, il se plaint toute la journée, il ne mange plus du tout et, le 11 septembre au matin, la mère l'amène à Paris où nous le voyons.

C'est alors que, frappés par *le caractère solaire de ces crises douloureuses*, nous pensons à la possibilité d'une acrodynie atypique et ayant constaté exactement les mêmes symptômes qu'à notre premier examen, nous y ajoutons simplement la recherche de la pression artérielle qui nous donne, à notre avis, la clef du diagnostic. Cet enfant de 4 ans présente une tension artérielle de 15-9 avec de toutes petites oscillations.

Donc, bien qu'il n'y ait eu aucun syndrome acrodynique proprement dit, sauf peut-être une très légère rougeur avec transpiration de la paume des mains, nous portons le diagnostic d'acrodynie, et nous prescrivons les deux médications suivantes : d'une part, trois bains carbo-gazeux artificiels avec deux comprimés de Royat par baignoire d'enfant, en 24 heures, et une séance quotidienne de diathermie que nous voudrions généralisée, et, qu'en réalité, on ne peut faire qu'abdominale. Cette diathermie fut réalisée par une séance quotidienne d'une demi-heure. Dès le soir, la transpiration commença à apparaître. L'enfant souffrit moins souvent, les crises furent moins violentes et la nuit fut meilleure.

Dès le lendemain, la tension artérielle était tombée à 13-8, le surlendemain la tension était à 12-8. En 8 jours

l'enfant cessa de souffrir, obtint une tension de 10 1/2-6, reprit sa gaieté, reprit de l'appétit et sembla tellement amélioré qu'il put retourner à la campagne. Il se tenait debout une ou deux heures par jour, ne restait plus recroquevillé dans son lit, jouait, la stomatite était complètement disparue et les yeux n'étaient plus injectés. Retourné à la campagne, les bains carbo-gazeux furent continués 6 jours, l'enfant eut une très légère rechute vers le 20 septembre, après cessation des bains : la pression qui était tombée à 9, remonta à ce moment à 11, pour retomber rapidement à 9, lorsque la reprise des bains fut faite.

L'enfant a été revu par nous le 22 octobre, en très bon état, ayant repris 1700 grammes. Sa tension étant à 9 1/2-5, tous symptômes étaient disparus, sauf une certaine fatigue et un léger degré d'irritabilité.

OBSERVATION III (MM. MOURIQUAND, BERNHEIM
et BADINAND)

(Pédiatrie, N° 1, janvier 1935)

G... Emilie, 9 ans.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires.

Antécédents personnels : manifestations d'insuffisance hépatique.

L'affection actuelle a débuté il y a environ trois mois, en février 1934, par des signes généraux avec amaigrissement, une éruption généralisée avec prurit qui passa rapidement et fut prise pour une rougeole, enfin *des douleurs abdominales*.

Ces douleurs abdominales ont occupé pendant presque deux mois le premier plan de la scène clinique. Elles survenaient assez brusquement, sans horaire fixe, sous forme de coliques violentes. Ces phénomènes douloureux

s'accompagnèrent pendant quelque temps de diarrhée (six à sept selles par jour), qui cessa rapidement.

C'est dans l'ombre de ces douleurs abdominales que sont apparus les autres signes :

Prurit intense déterminant des lésions de grattage, douleurs au niveau des mains et des pieds, troubles psychiques.

A l'entrée, on se trouve en présence d'une enfant de 9 ans apyrétique. L'aspect assez robuste. Elle se cache sous ses couvertures. Mais l'interrogatoire est cependant facile, l'enfant paraît intelligente et répond bien aux questions posées, *Elle se plaint de douleurs au niveau de son ventre et de ses extrémités*, et se gratte continuellement.

A l'examen : Sur l'abdomen qui est souple et non douloureux, nombreuses lésions de grattage. Aux membres supérieurs, aspect boudiné et succulent des extrémités digitales, épaissement notable de la peau, desquamation de type deshydratose, avec, par endroits, des ulcérations faites par la petite malade. Aux pieds, même aspect.

Le foie déborde nettement les fausses côtes, gros et un peu douloureux. La rate n'est pas sentie. Rien à signaler aux poumons. Au cœur, bruits et rythme normaux.

Le pouls régulier bat à 130.

La tension artérielle est à 14-10.

Tous les réflexes sont normaux. Les urines sont normales.

L'enfant présente des crises fréquentes de sudation avec sialorrhée.

Une ponction lombaire pratiquée a montré un liquide clair, sans hypertension, contenant moins de deux éléments par bande, 0,94 de sucre et 0,15 d'albumine. Bordet-Wassermann négatif.

Les réactions de Bordet-Wassermann, Hecht et Kahn sont négatives dans le sang.

Une formule leucocytaire pratiquée s'est révélée absolument normale. Le nombre des éosinophiles n'est pas augmenté. On note par la suite :

Les douleurs et les troubles sudoraux et trophiques sont très intenses.

En dehors des douleurs abdominales, qui paraissent maintenant un peu atténuées, l'enfant accuse un prurit extrêmement intense et violent aux pieds, aux mains, au niveau de la région anale. Elle présente de ce fait des lésions superficielles et un peu infectées au niveau de la région anale, on note l'existence d'un gros prolapsus rectal.

Tous ces troubles sont aggravés par de véritables crises de sudation survenant assez souvent le soir, l'enfant transpire très abondamment, mouillant son drap. Elle salive également beaucoup.

Les douleurs, le prurigo, la sudation sont très exagérés, vers les 6-8 heures du soir, où de véritables crises paroxystiques surviennent. La nuit, l'enfant est plus tranquille, geignant continuellement et se cachant sous ses couvertures, à demi-somnolente.

Depuis quelques jours, les phénomènes d'excitation survenant la nuit sont exagérés. L'insomnie est totale, ne cédant à aucun somnifère. L'enfant présente des troubles psychiques, se montre désagréable et méchante avec son entourage, s'agitant et criant toute la nuit et crachant à la figure de la veilleuse.

Les phénomènes psychiques augmentent : *coprophagie* : elle sort de son lit, elle reste sur son vase très longtemps, y retourne très souvent, prend ses matières, s'en barbouille la figure, les bras, l'abdomen et les mange. Introduit ses doigts très profondément dans le rectum et le vagin et parfois (dans le vagin) cherche à y introduire son poing.

A l'heure actuelle : les douleurs abdominales ont complètement cessé. L'insomnie est un peu moins intense, mais pour reposer un peu, l'enfant doit absorber tous les soirs 4 grammes de chloral. Les troubles psychiques sont toujours aussi intenses. Et les douleurs des extrémités, le prurit et les crises sudorales ont été fort peu modifiés par la thérapeutique.

Commentaire. — Il s'agit d'une acrodynie ayant débuté par des douleurs abdominales qui sont restées fort longtemps au premier plan. Ces douleurs surviennent par crises répétées dans la journée, sans horaire fixe et sans aucun rapport avec les repas. Crises de courte durée, en éclair, de grande intensité, sans autres troubles digestifs, avec un ventre souple, non douloureux à la pression.

Ces crises rappellent par leurs caractères les crises gastriques du tabès et justifient la dénomination de crises « tabétiques » que leur donna le Docteur Lévesque.

De ces deux dernières observations, il résulte qu'on peut rencontrer une forme abdominale, atypique, de l'acrodynie, caractérisée par un syndrome solaire rappelant celui des crises du tabès, le syndrome acropathologique étant à peine ébauché.

Mais quelquefois les douleurs sont à peine marquées ou absentes. Il s'agit plutôt de démangeaisons ou d'impression de gonflement que de sensations douloureuses. Par contre, les troubles vasomoteurs peuvent prédominer.

B. — Formes cutanées.

Classiquement, *les troubles vaso-moteurs et sudoraux* siègent au niveau des extrémités et sont sujets à des paroxysmes. La paume des mains et la plante des pieds sont tantôt roses, rouge vif avec sudation abondante, tantôt rouge violacé et moites. Souvent, mains et pieds sont gonflés, infiltrés, marbrés et livides, froids.

Ces troubles vaso-moteurs et sudoraux peuvent s'étendre à tout le corps et donner lieu à différentes éruptions cutanées.

Les manifestations cutanées prennent, dans certains cas, une telle importance qu'elles paraissent dominer le tableau clinique et constituent autant de formes cliniques atypiques susceptibles de prêter à des erreurs de diagnostic. Dans quelques cas, il existe des crises sudorales généralisées à tout le corps. L'odeur fade et franchement désagréable qui accompagne cette transpiration doit faire songer à la possibilité d'une acrodynie et en faire rechercher les signes caractéristiques.

La sudation alterne parfois avec un prurit généralisé qui peut être féroce, et avec la desquamation cutanée.

Transpirations abondantes et démangeaisons entraînent à leur suite de nombreux accidents au niveau des téguments, variés dans leur aspect.

Des *érythèmes scarlatiniformes, morbiliformes, rubéoliformes* ont été signalés à maintes reprises. Ils sont souvent combinés à des *sudaminas* de toutes di-

mensions et de tous aspects, depuis la perle brillante minuscule, visible seulement à jour frisant, jusqu'à l'énorme bulle se détachant parfois sur le fond rouge de la peau. Ces sudaminas, ou les lésions de grattage, sont le point de départ de *pyodermites* plus ou moins étendues et tenaces. L'éruption prend parfois un caractère *pemphigoïde*. Dans d'autres cas, ce sont de véritables *nappes de pyodermite* avec ou sans *abcès sous-cutanés*.

Les muqueuses sont également atteintes, notamment celles des yeux et de la bouche : conjonctivite et stomatite associées à des éruptions cutanées diverses peuvent constituer un syndrome troublant. Le plus souvent, cependant, le diagnostic est facile avec les maladies éruptives, en raison du mode d'apparition, de la distribution, etc...

L'observation suivante, prise au hasard dans la littérature, illustre parfaitement la variété de ces manifestations cutanéomuqueuses de certaines formes d'acrodynie.

OBSERVATION IV (*Résumée*)

(WORINGER, Acrodynie infantile, *Revue française de Pédiatrie*, 1926)

René J..., né à terme le 9 janvier 1925. Antécédents personnels et héréditaires normaux. Commence à marcher à l'âge de un an.

A l'âge de 13 mois, éruption généralisée sans fièvre à type mobiliforme et scarlatiniforme, mais dont la nature reste indéterminée.

Vers l'âge de 14 mois, l'enfant cessa de se mettre sur ses jambes, devint souffrant, *perdit plus de 4 kgs en deux mois*. Si l'appétit était relativement normal, la soif était intense et l'enfant transpirait énormément.

Le psychisme avait complètement changé. L'enfant constamment abattu et de mauvaise humeur se tenait presque toujours couché ou accroupi dans son lit, évitant tout effort. De plus, insomnie nocturne et agitation.

Admis dans le service le 24 avril 1926, à l'âge de 15 mois et demi, il se trouve, à ce moment, dans un état de misère physiologique extrême. Le visage pâle, inquiet, d'humeur toujours grincheuse, l'enfant pousse des cris dès qu'on l'approche ou qu'on le touche. Très agité, il geint constamment, s'arrache les cheveux et donne l'impression d'un petit être qui souffre beaucoup.

Ses mains semblent être le siège de douleurs ou de fortes *démangeaisons*, car, fréquemment, il les frotte l'une contre l'autre ou contre sa couverture.

Le corps constamment recouvert de *sueurs abondantes*, inondant l'oreiller, l'enfant se tient avec peine assis ou debout.

Les mains et les pieds sont légèrement gonflés et rouges, un peu cyanosés et froids.

Tout le corps est parsemé de taches rouges, de petites papules et de papulo-vésicules, dus vraisemblablement à la transpiration et à des infections surajoutées. La peau des paumes des mains et des plantes des pieds est fortement macérée, rouge; l'épiderme s'y détache en grandes lamelles formant des anneaux semblables à ceux que laissent les bulles de pemphigus, mais de plus petites dimensions et qui, par confluence, forment, par endroits, des lésions polycycliques.

La gorge est rouge, la gencive inférieure gonflée. Il y a quatre incisives supérieures et trois inférieures. On palpe quelques ganglions tuméfiés au cou.

Les bruits du cœur sont normaux. Il bat à 160 pulsations à la minute.

Par ailleurs, examen somatique normal.

Bordet-Wassermann négatif. Cuti-réaction à la tuberculine négative. Quelques traces d'albumine et de sucre dans les urines.

Pendant son séjour dans le service, l'état général du petit malade n'a guère changé. A plusieurs reprises, on note des poussées thermiques jusqu'à 40°.

Plus tard, sur tout le corps, se développèrent de nombreux abcès à staphylocoques. Un phlegmon formé sur le cuir chevelu dut être incisé.

Finalement, se déclara une inflammation des lèvres et de la bouche avec œdème considérable. A l'intérieur, la muqueuse buccale présentait des vésicules remplies d'un liquide louche.

Quinze jours après son admission, l'enfant complètement apathique et somnolent succomba dans l'hyperthermie.

En résumé : acrodynie grave, ayant débuté par une éruption généralisée polymorphe apyrétique. Le syndrome acrodynique caractéristique, assez effacé, met environ deux mois pour se constituer. Ce qui prédomine dans le tableau clinique, ce sont les troubles cutanéomuqueux. Le discret érythème des extrémités, les troubles psychiques, la tachycardie permanente à 160, permirent de mettre sur le compte de l'acrodynie ces différentes manifestations éruptives.

C. — Formes trophiques ou mutilantes.

L'acrodynie, que la plupart des auteurs s'accordent à considérer comme un syndrome de dystonie neuro-

végétative, peut, dans certains cas, relativement rares, présenter des troubles trophiques bien curieux, réalisant les *formes trophiques ou mutilantes*.

Siégeant le plus souvent au niveau des extrémités, les troubles trophiques se limitent, dans la forme commune de l'acrodynie, à une infiltration élastique, ne prenant pas le godet, donnant aux pieds et aux mains un aspect boudiné, avec peau mince, lisse et tendue, et à une desquamation légère, circonée, à aspect géographique.

Parfois, la desquamation est intense et se fait sous forme de larges lambeaux.

Plus rarement, les troubles trophiques vont jusqu'à la *chute des ongles* au niveau des mains et des pieds.

Enfin, on a rapporté des cas où une *véritable gangrène des mains, avec mutilation et amputation spontanée de plusieurs doigts est apparue*.

Des troubles trophiques analogues et tout aussi mutilants ont été observés également au niveau de la bouche. La *chute des dents*, plus ou moins spontanée, est signalée dans maintes observations. Parfois même les dents tombent, entraînant avec elles une partie de l'os maxillaire.

Ces mutilations importantes se font en général *sans aucun signe d'infection locale*. Après la chute des dents, les alvéoles sont béantes, mais ne paraissent pas infectées.

La chute des dents paraît en général se faire sans douleurs. Cependant, elle est précédée souvent de grincements et l'enfant porte la main à sa bouche, comme s'il semblait souffrir.

Des troubles trophiques ont été observés aussi au niveau des cheveux.

Les cheveux, autrefois souples et ondes, deviennent secs, mats, rétifs à toute ondulation. Il n'est pas rare de voir une chevelure clairsemée et les enfants s'arracher les cheveux par poignées. Il est difficile de dire s'il s'agit là d'une manifestation psychique, ou si ce geste est déterminé par des douleurs du cuir chevelu aussi intolérables que celles observées au niveau des extrémités et des dents.

Les quelques observations suivantes nous permettront de montrer quelques exemples typiques de ces formes trophiques, mutilantes, de l'acrodynie.

OBSERVATION V (*Résumée*)

(M. LEERÉ et Mlle PETIT, *Bulletin Société de Pédiatrie*, 1924)

L'enfant, né prématurément, avec un poids de 1.600 grs, de parents normaux, a grandi et s'est développé normalement jusqu'en décembre 1923.

A cette époque l'enfant, ayant alors 4 ans, débute l'affection actuelle par des symptômes qui semblent avoir eu une allure infectieuse : frissons, fièvre probable, céphalée, insomnie, troubles coïncidant avec des douleurs spontanées des membres inférieurs, rendant la marche difficile.

Le 19 décembre, le malade est vu pour la première fois par le Docteur Billard. A ce moment, existence de troubles sensitifs : douleurs dans les membres inférieurs, fourmillements, prurit extrême, occasionnant un grattage incessant, et rendant la marche impossible. De plus,

insomnie et modification impressionnante du caractère de l'enfant : devenu maussade et triste, l'enfant ne jouait plus, criait sans cesse et présentait une agitation permanente.

A l'examen objectif, on constate alors un état parétique des membres inférieurs, avec intégrité des réflexes tendineux, une hypoanesthésie cutanée prédominant aux membres inférieurs. Pas de troubles trophiques ou sphinctériens. Absence de signes méningés.

L'état général est altéré, l'enfant amaigri présente des sueurs profuses.

Jusqu'en février 1924, état sans changement. Une ponction lombaire faite à cette époque ramène un liquide céphalo-rachidien normal.

Un traitement au sulfarsénol reste sans effet, la maladie s'aggravant rapidement.

En avril 1924, l'enfant est revu. Des symptômes nouveaux, d'une importance primordiale, ont totalement changé le tableau clinique. *On constate alors la présence de troubles trophiques multiples d'une extrême gravité.*

1° *Aux mains et aux pieds, des panaris analgésiques caractérisés d'abord par une hypertrophie diffuse et symétrique des deux mains et des orteils, avec une coloration violette et un aspect de la peau lisse, puis une nécrose indolore avec chute des phalangettes au niveau des quatre premiers doigts de la main gauche; 2° une gingivite expulsive avec odeur gangréneuse de l'haleine, sialorrhée abondante, carie et chute des dents; 3° une atrophie légère des muscles de l'avant-bras gauche et une atrophie plus marquée du triceps sural gauche.*

Les troubles sensitifs ont augmenté; l'anesthésie des membres inférieurs est complète. Les sensations subjectives normales sont de plus en plus marquées, comme en témoignent les lésions de grattage, l'agitation et l'insomnie.

Les troubles psychiques sont des plus nets : l'enfant ne parle plus, ne s'intéresse plus à rien.

L'impotence des membres inférieurs est totale et l'enfant est confiné au lit.

Par contre, bon état général.

A partir du mois de mai, il faut noter une amélioration progressive de tous les symptômes, notamment des troubles sensitifs, du caractère, du développement intellectuel.

De cette longue évolution, il reste actuellement comme séquelles : *les mutilations de la main gauche, une légère atrophie du triceps sural gauche, une disparition presque complète des dents*. La marche est devenue possible, mais il persiste une diminution de la forme musculaire des membres inférieurs, avec réflexes tendineux diminués et réflexes cutanés normaux. La sensibilité à la piqure, au chaud et au froid semble normale.

OBSERVATION VI (Résumée)

(J.-A. CHAVANY, Un cas d'acrodynie, *Presse Médicale*, 26 novembre 1932)

En septembre 1931, un confrère m'appelait dans la région d'Aurillac, auprès d'une petite fille de 2 ans et demi, malade depuis environ 6 mois.

A première vue, on pourrait croire l'enfant paralysé. Il ne veut plus marcher, demande à être porté sur les bras, s'effondre sur ses membres inférieurs lorsqu'on cherche à le mettre debout, sa tête tombe ballante sur les épaules lorsqu'il est tenu dans les bras.

Mais, à un examen plus serré, on se rend vite compte qu'il n'existe aucun déficit appréciable de la motilité volontaire et qu'il s'agit uniquement d'hypotonie musculaire, frappant tous les groupes musculaires de l'éco-

nomie et prédominant, semble-t-il, sur les muscles de la statique.

On est ensuite frappé par l'air profondément triste de l'enfant, dont le petit visage, avec ses traits tendus et son front plissé, exprime la souffrance et l'anxiété. Malsade, grognon, pleurant à tout propos, indifférente à ce qui l'entoure, elle demeure immobile des heures durant, figée en des attitudes pour le moins inattendues (position rappelant la présentation fœtale).

Sur ce fond général d'abattement éclatent de temps à autre des crises violentes et passagères de mauvaise humeur, avec agitation motrice, vociférations aiguës et parfois quelques réactions de méchanceté.

En outre, elle dort peu et d'un sommeil très léger.

Enfin, l'existence d'un syndrome algo-tropho-vaso-moteur des extrémités des quatre membres permet de faire le diagnostic d'acrodynie.

Par ailleurs, l'examen somatique est négatif. On note une hypersalivation importante.

L'état général est très atteint : inappétence et insomnie ayant entraîné un amaigrissement généralisé. Température normale et pourtant le pouls bat autour de 120.

L'interrogatoire des parents nous apprend les antécédents personnels et héréditaires normaux de cette petite fille, qui s'est élevée bien jusqu'à l'âge de 22 mois.

Vers la fin de mars 1931 débute l'affection actuelle par une petite poussée de rhino-pharyngite avec légère hyperthermie. Progressivement, apparaissent les troubles du caractère, la fatigabilité et l'œdème des extrémités.

Vers le 10 avril, on note une éruption diffuse recouvrant tout le tégument, prurigineuse.

Vers le 15 mai, l'épiderme des faces plantaire et palmaire se détache en larges lambeaux analogues à ceux de la scarlatine.

En plus des troubles de l'état général et des changements de caractère, on note à ce moment une infection vésicale surajoutée et une poussée entéritique.

Pendant les 4 mois suivants, la maladie suit un cours subaigu avec des alternatives d'aggravation et de rémission, mais sans aucune tendance à la guérison naturelle.

On voit même surgir des symptômes nouveaux. C'est ainsi que, pendant quelques jours, s'installe une forte réaction conjonctivo-palpébrale.

Le 27 juillet, *sans aucune douleur ni réaction inflammatoire du côté des gencives, les dents tombent une à une jusqu'à concurrence de douze, la petite s'amusant à les extraire elle-même sans difficulté.* En même temps, on note une abondante sialhorée.

Le traitement classique (opothérapie buccale-pluriglandulaire et uvéothérapie), institué et poursuivi pendant plus de deux mois, eut quelques heureux effets : amélioration de l'état général, du psychisme et des troubles moteurs. Mais les troubles algo-trophiques des extrémités ne subirent aucune modification favorable.

Au début d'octobre, se produit la chute de l'ongle du gros orteil du pied gauche, mais la cicatrisation de la plaie fut rapide. Quelques jours plus tard, les pieds étaient devenus plus rouges, plus gonflés, leurs extrémités vraiment cyaniques et, le 19 octobre, le petit orteil du pied gauche se tuméfia en quelques heures et devint tout noir. La peau sus-jacente se fissurait rapidement et, le 23 octobre, deux des phalanges se détachaient et restaient dans le pansement, laissant à leur place une plaie de mauvais aspect. Cette gangrène localisée s'accompagnait de douleurs intolérables empêchant tout sommeil.

Le 1^{er} novembre, un traitement local est prescrit (lé-

gers nettoyages à l'éther, pansements aseptiques avec des applications de poudre de Lucas-Championnière alternés avec des onctions de métavaccin) associé à un traitement de radiothérapie semi-pénétrante des régions surrénales (2 séries de 4 séances consécutives). Une seconde série identique fut pratiquée 20 jours plus tard. En même temps, l'enfant reçut 2 séries de 10 piqûres quotidiennes sous-cutanées d'acécholine (0 gr. 05).

Les résultats de ce traitement mixte physio-médicamenteux furent remarquables à tous les points de vue. Le processus gangréneux débutant fut jugulé d'emblée, les douleurs disparurent rapidement, les pieds se réchauffèrent. Parallèlement, amélioration des autres troubles, de façon qu'en janvier 1932, la petite fille pouvait être considérée comme guérie.

OBSERVATION VII

(Suivie à Trousseau par le Docteur CLÉMENT)

Edmond G..., né le 19 avril 1932.

Vu pour la première fois le 2-6-1936. Début en janvier 1936, pour épistaxis et apparition de ptyalisme. Puis l'enfant a changé de caractère d'une façon assez brutale et, en même temps, a fait de la température le soir. Il y a 15 jours : exanthème localisé à la face et au thorax et température à 38°4 le matin, 38°8 le soir. Le changement de caractère est surtout net à partir de 4 heures de l'après-midi. L'enfant s'isole, ne veut plus jouer, pleure pour un rien. La nuit, il est très agité, se réveille en sursaut trois à quatre fois et se met à pleurer. Il crache autour de lui *et s'arrache les cheveux. Soif intense*. Anorexie.

Examen : oreilles rouges, extrémités moites, rouges et douloureuses,

T. A. : maxima à 12.

Poids : 17 kg. 200.

Le 6-10-1936 : état stationnaire. Subfébrile le soir : 37°5. Pas de changement de caractère.

Janvier 1937 : oreilles normales, mais qui, paraît-il, sont encore rouges tous les soirs; pas douloureuses. Epistaxis fréquentes. Boit moins. Extrémités des doigts et des mains et des pieds un peu rouges, légère dyshydrose.

Pouls : 136.

T. A. : 12-8.

Poids : 18 kg. 600.

Le 27-4-1937 : pas d'amélioration. Soif intense, agité la nuit; troubles du caractère marqués. De plus, *paralysie du moteur oculaire externe droit*.

Pouls : 104.

Poids : 19 kg. 118.

Le 12-6-1937 : épistaxis il y a 3 semaines. Refuse sa nourriture. Demande sans cesse à boire, même la nuit. Recommence à être triste, à pleurer sans raison. Température persiste à 37°5, 37°8.

Pouls à 100.

T. A. : 11-6.

Le 4-12-1937 : caractère redevenu gai. Se réveille deux à trois fois la nuit et demande à boire. *S'arrache les cheveux*.

Pouls : 100.

Poids : 20 kg. 100.

D. — Formes psychiques.

Dans certains cas, ce sont les *troubles psychiques* qui prédominent et permettent de décrire *les formes psychiques de l'acrodynie*.

Dans la forme commune, nous avons vu que les troubles psychiques sont constants et assez précoces.

Ce sont surtout des troubles de l'affectivité et de l'activité.

Parfois, ces manifestations psychiques dominent le tableau clinique. Etant apparues souvent les premières en date, elles impressionnent l'entourage qui attire particulièrement sur elles l'attention du médecin.

Ce sont souvent des enfants dont, plus ou moins brusquement, le caractère change du tout au tout. De gais et rieurs, ils deviennent grognons et renfrognés. Très souvent, ils sont tristes, sombres, anxieux. On a pu les comparer à des neurasthéniques. Leur visage traduit en général cet état mental, les sourcils froncés, les yeux baissés, on ne peut les dérider et obtenir d'eux un sourire. Si l'enfant est un peu plus grand, il manifeste des peurs, des anxiétés, que rien ne justifie et auxquelles on n'était pas habitué chez lui. Cet état de tristesse et de dépression anxieuse est tellement anormal chez un enfant de deux à cinq ans surtout si, jusqu'alors il avait la gaieté et l'insouciance naturelles à cet âge, qu'il doit faire songer d'emblée à la possibilité d'une acrodynie.

Au cours de la première et de la deuxième enfance, les syndromes dépressifs ou démentiels sont heureusement extrêmement rares et les diagnostics différentiels ne sont pas nombreux. Bien souvent, les signes cardio-vasculaires caractéristiques, quelques troubles vaso-moteurs des extrémités, permettront de considé-

rer comme une acrodynie fruste des symptômes psychiques dont on ne s'expliquait pas la cause.

A titre d'exemple de ces formes frustes psychiques de l'acrodynie, nous résumerons l'observation suivante :

OBSERVATION VIII (Résumée)

(MM. André BRETON et Gérard LEFEBVRE, *Pédiatrie*,
janvier 1935)

Dan... Henriette, 3 ans, hospitalisée le 3 février 1934 pour rachitisme douloureux.

Depuis quelque temps, à l'école maternelle, on remarquait que la petite ne jouait pas, pleurait facilement et semblait avoir une certaine difficulté à marcher. Les parents avaient constaté la même particularité et s'en étonnaient d'autant plus que le caractère de l'enfant était devenu du même coup difficile et boudeur, en opposition avec la gaieté et l'obéissance habituelles.

L'examen est dans l'ensemble négatif. Rien qui justifie ces troubles. Dans le lit, l'enfant restait assise ou couchée, sans chercher jamais à se lever.

Une radiographie du squelette montrant l'existence d'un rachitisme fruste, un traitement de circonstance est institué, qui améliora nettement les troubles moteurs des membres inférieurs.

L'enfant est revu le 13 avril 1934 pour la répétition des mêmes phénomènes. Un syndrome acro-pathologique impose le diagnostic d'acrodynie. Les troubles vasomoteurs s'amendent d'ailleurs rapidement, tandis que *les manifestations psychiques s'avèrent plus nettes que jamais : enfant grincheux, hostile, refusant toute approche, tombant dans des accès de mutisme complet durant*

plusieurs heures. Puis, brusquement, la gaieté revenait, elle souriait, parlait, acceptait de jouer, de marcher. Enfin, la parole est généralement scandée et l'enfant présente une tendance très nette à l'écholalie. La tension artérielle est sensiblement normale.

Citons enfin, parmi les formes psychiques, le cas observé par MM. Janet et Dayras, où il y avait un tel contraste entre la dépression physique et l'exaltation psychique que l'internement avait été sérieusement envisagé par le médecin traitant.

Nous renvoyons par ailleurs le lecteur à l'observation III. exemple de manifestations psychiques impressionnantes.

E. — Formes nerveuses.

Les *manifestations nerveuses* de l'acrodynie sont, dans l'immense majorité des cas, surtout psychiques et vaso-motrices. L'atteinte du système nerveux organique est beaucoup plus rare. La majorité des jeunes acrodyniques sont incapables de marcher et même de se tenir debout. Les douleurs des pieds et des membres inférieurs interviennent pour rendre la marche difficile, incertaine et même impossible. Il s'y ajoute fréquemment de l'asthénie et de l'hypotonie musculaire.

Cependant, il n'est pas rare de voir les *réflexes tendineux abolis* et un *certain degré de parésie*. Mais ces troubles sont en général transitoires. Des *troubles de la miction* ont été signalés. Faut-il les rattacher

à une lésion myélitique, comme le pense Rocaz, ou doivent-ils être considérés comme d'origine psychique?

Dans plusieurs observations, des *myoclonies* ont été signalées, en général discrètes et siégeant au niveau des membres et de la face. Dans certains cas, on a noté des *paralysies oculaires* (Voir observation VII).

Des *accidents convulsifs* ont été également rapportés, le plus souvent, jacksoniens, transitoires, pouvant se renouveler à plusieurs reprises.

Il n'y a pas en général de syndrome méningé clinique. MM. J. Lévesque et R. Merry ont observé une *légère raideur de la nuque* (Voir observation II).

Dernièrement, à la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon, MM. Péhu et Castel ont présenté une acro-dynie à prédominance sensitive, avec *un syndrome de Claude-Bernard-Horner*.

Les quelques observations qui suivent nous donnent quelques exemples de ces manifestations nerveuses de l'acrodynie.

OBSERVATION IX

(Suivie à Trousseau par le Docteur CLÉMENT)

Guy L..., né le 19 décembre 1932.

Vu pour la première fois en août 1936. Dans la deuxième quinzaine de mai, l'enfant commence à se plaindre de faiblesse dans les jambes; il se fait porter; la faiblesse s'accroît progressivement et l'état général s'altère : anorexie, amaigrissement. A Tunis, on fait le diagnostic de

Paralysie diphtérique ou de myélite aiguë, car l'enfant s'affaisse dès qu'on le met sur ses jambes et est incapable de marcher.

Depuis 17 jours, l'enfant garde le lit, une constipation opiniâtre s'installe. Il y a un changement notoire de caractère : grognon, surtout le matin. Grosses difficultés à uriner depuis un mois.

Examen : force musculaire conservée; mouvements volontaires sont tous possibles. Réflexes achilléens semblent exister, *les rotuliens sont abolis*.

Les extrémités sont froides, cyanosées, surtout aux membres supérieurs.

T. A. : maxima à 13.

Pouls : 156.

Le 10 décembre 1937 : Lettre de la mère qui assure que maintenant son enfant est aussi normal que les autres enfants.

OBSERVATION X

(BARRE, *Cahiers de Pratique médico-chirurgicale*)

A... Jeannine, 3 ans, d'Orange, présentait, outre les signes classiques de l'acrodynie, des *difficultés douloureuses de la miction*. L'enfant demande souvent à uriner paraît souffrir, comme dans un ténésme vésical. La mère nous disait, en nous présentant l'enfant, qu'elle l'amenait « pour la vessie ».

OBSERVATION XI (*Résumée*)

(ROCAZ et BOISSERIE-LACROIX, *Paris Médical*,
26 janvier 1935)

Enfant Renée L..., âgée de *cinq ans et demi*, habitant Bordeaux.

Dans la seconde quinzaine de mai 1934, l'enfant change de caractère : elle devient hostile, se plaint constamment, pousse des cris monotones. Le *sommeil disparaît* à peu près complètement. Perte complète de l'appétit; très rapidement s'installe un *amaigrissement* intense.

Quelques jours après, apparition sur le corps d'un *érythème* prédominant nettement au niveau des mains et des pieds, qui fait poser le diagnostic d'acrodynie. On institue le traitement suivant : gardénal, uroformine, rayons ultra-violets. Aucune amélioration : l'anorexie est complète, l'amaigrissement extrême (12 kg. 500), l'enfant fait de petites poussées de fièvre, ses mains et ses pieds sont gonflés, rouges, suintants, desquamants. L'état nerveux est indescriptible. L'enfant *s'agite constamment* : *insomnie* à peu près complète.

Dans la seconde moitié de juillet, survient une *soif impérieuse, intense*; *analyse des urines* : 4 gr. 80 de sucre (*de très nombreuses analyses ultérieures n'ont jamais permis de retrouver la présence de sucre*). Agitation et insomnie très marquées.

Vers le 20 juillet, l'enfant *perd deux dents*; apparition de quelques points nécrotiques au niveau des doigts. Soif toujours intense : l'enfant boit et urine de 2 à 4 litres par jour. Elle boirait certainement beaucoup plus, si on lui laissait du liquide à sa disposition; elle profite pour boire des moindres occasions qui s'offrent à elle. *La soif est pour elle une constante préoccupation; elle ne parle que pour demander à boire.*

L'agitation et l'insomnie persistent : tachycardie (160), très forte élévation de la tension artérielle (17-9 au Pachon).

Le 31 juillet, très brusquement, vers six heures du matin, *crise de convulsions* qui durent quelques minutes et se renouvellent à 7 heures, à 8 h. 30 et à 11 heures. Nous avons la chance d'assister à trois de ces crises;

il s'agit d'épilepsie jacksonienne typique n'intéressant que le côté droit.

Pouls : 160.

Température : 38°.

Ponction lombaire : liquide clair, sortant en jet, 0,80 d'éléments au millimètre cube à la cellule de Nageotte (lymphocytes), absence de tous germes. Réaction de B.-W. négative; *glucose* 0,90; albumine 0,35; chlorure 7,20.

Radiographies du crâne : « Elles ne décèlent aucune lésion particulière. La région de la selle turcique ne montre aucun élargissement pouvant faire penser à une tumeur hypophysaire ».

Durant cette période, l'enfant se montre particulièrement *hostile et grognon*. Elle reste de longues journées sans dire un mot, la tête enfoncée sous ses draps. L'érythème augmente sur le corps et sur les extrémités. Mais les convulsions ne réapparaissent pas. L'enfant prend 2 à 3 centigrammes de gardénal chaque jour.

Durant les mois d'août et septembre, l'état général semble meilleur : l'appétit est bon. Manifestement, l'enfant engraisse. Mais, successivement, tous les trois ou quatre jours, l'enfant perd une dent au niveau du maxillaire supérieur. En un mois, *elle perd dix dents*. La chute de la dent est annoncée par des sensations d'*agacement* particulier qui engagent l'enfant à *tirailler sur la dent* et à *s'écorcher* la gencive.

Il n'y a aucun phénomène d'infection locale et tout paraît se limiter à des troubles trophiques. Une radiographie du maxillaire ne montre pas de lésions osseuses.

Trois ongles sont aussi tombés au niveau des pieds, deux au niveau des mains. A certains moments, ce qui paraît déceler un psychisme bien particulier, l'enfant tire avec fureur sur la dernière phalange de ses petits doigts en affirmant qu'elle va s'arracher le doigt!

Elle reste très *agitée et nerveuse* : l'examen méthodique de son système nerveux montre de l'hypotonie et de l'atrophie des muscles, sans autres modifications des réflexes que de la vivacité. Mais, *durant le sommeil de la malade, on constate des secousses myocloniques très nettes et fréquentes au niveau des membres et des joues.*

Mais ce qui continue à dominer le tableau, c'est la soif : la grande occupation de la journée et de la nuit, car l'enfant ne dort pas, est de hurler : « Donne-moi à boire ! » Devant la persistance de ce phénomène que n'explique pas une glycosurie, nous pensons qu'il s'agit de lésions tubériennes et instituons un traitement par prises de poudre de post-hypophyse.

L'enfant prise matin et soir 2 à 3 centigrammes de poudre. Très rapidement, la soif s'apaise et la polyurie diminue. Après quelques jours de ce traitement, nous le remplaçons par une préparation d'hypophyse totale *per os*.

Actuellement (5 octobre), après quatre mois et demi d'évolution, l'enfant mange bien, digère bien ; elle engraisse ; mais elle ne dort pour ainsi dire pas. Elle présente encore de l'érythème sur le corps, mais en diminution. Ses mains et ses pieds desquament abondamment.

Trois faits sont à retenir de cette observation : l'existence des convulsions à type jacksonien, les myoclonies et surtout le syndrome de diabète insipide.

F. — Formes cachectiques.

L'atteinte de l'état général est constante dans l'acrodynie. L'amaigrissement est rapide et inquiétant. Dans

certains cas, la *dénutrition* est telle qu'on a pu décrire des *formes cachectiques* de l'acrodynie.

M. Péhu présenta, en mai 1934, à la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon, le cas suivant qui représente une forme atténuée cachectique de l'acrodynie.

OBSERVATION XII

Une fillette de 5 ans et 10 mois du département du Rhône. En février 1934, la maladie se caractérise par : *amaigrissement accentué* (6 kilogrammes en deux mois), douleurs disséminées dans les extrémités avec sensation de brûlure, tachycardie permanente à 120-130. L'exanthème est étroitement limité à la peau de toutes les phalanges des doigts, symétriquement. Les orteils ont un aspect cyanotique, sans rougeur. Pas d'autres manifestations de l'acrodynie. L'examen corporel est négatif.

Dans une certaine mesure, l'amaigrissement est expliqué par l'existence de l'*anorexie*, qui est de règle dans cette curieuse affection. Elle contraste, en général, avec une soif ardente, impérieuse, qui constitue souvent, pour l'enfant, la seule préoccupation qui le fait sortir de son apathie et de son indifférence.

L'anorexie et la soif intense peuvent, à la rigueur, s'expliquer par la stomatite, qui est assez fréquente et qui s'accompagne souvent de petites ulcérations sur le bord de la langue, la face interne des joues, le bord libre des gencives. Mais il est probable que ces variations de l'appétit et de la soif soient d'ordre psychi-

que ou correspondent à des lésions nerveuses mésentéphaliques. Dans certains cas, la soif est tellement impérieuse qu'on peut la qualifier, à juste titre, de polydypsie. (Voir, à ce propos, la curieuse observation de Rocaz et Boissérie-Lacroix, N° XI.)

Il est remarquable de constater que, dans la plupart des cas, malgré la quantité de liquide réclamé et ingéré par l'enfant, il est souvent noté que les urines sont rares et foncées. Cela peut s'expliquer par l'intensité de la sudation, de la salivation et, quelquefois, de la diarrhée.

Dans certains cas, à la polydypsie, correspond une polyurie plus ou moins marquée et qui, dans l'observation citée plus haut, s'accompagne d'une glycosurie transitoire.

Ces manifestations, et aussi peut-être l'amaigrissement rapide et souvent considérable, peuvent être considérés comme une diffusion à la région tubérienne de l'atteinte encéphalitique.

Avant de terminer ce modeste travail, nous voudrions dire quelques mots sur les manifestations oculaires de l'acrodynie et sur certaines formes à évolution prolongée.

G. — Formes oculaires.

La *conjonctivite* avec *larmoiement* et *photophobie*, qui est presque de règle dans les formes typiques, peut, lorsqu'elle est prédominante, ou lorsqu'elle ne

s'accompagne pas de lésions des extrémités, constituer une véritable *forme oculaire* de la maladie.

Il s'agit surtout habituellement d'*hypérémie et de congestion des conjonctives* bulbaires et palpébrales, avec *gonflement des paupières et léger œdème sous-palpébral*. Mais la photophobie et le larmolement s'accompagnent parfois de prurit et peuvent se compliquer exceptionnellement de *sérosité purulente*.

Parfois, comme dans les observations de H. Janet et Mlle Huguet, la photophobie existe seule.

Dans une observation de Weill-Hallé et de Klotz, l'enfant présentait des *hémorragies sous-conjonctivales bilatérales*, des *hémorragies palpébrales* et une hypertension rétinienne notable (55-60 cm. à la minima).

Byfield a signalé une *ulcération de la cornée*.

A la photophobie et au picotement au niveau des yeux, s'ajoutait, chez le malade de M. Bernheim (voir observation V) de la *diplopie*. Weill-Hallé a également signalé un *strabisme* de l'œil gauche, qui se prolongea durant un mois.

.....

H. — Formes à évolution prolongée.

Il est classique de dire que, dans la majorité des cas, l'évolution de l'acrodynie infantile se fait d'une manière subaiguë vers la guérison et sans séquelles en six mois environ.

En réalité, dans de nombreux cas, l'évolution ne présente pas ces caractères de bénignité.

Dans sa thèse, inspirée par notre Maître, le Docteur R. Clément, Mme E. Stoopen, étudiant des observations recueillies à la consultation de Trousseau et régulièrement suivies, constate que, dans 70 % des cas observés, l'évolution s'est prolongée plus d'une année pour atteindre, dans quelques cas, trois et quatre ans. Résumons brièvement ses conclusions :

« Il s'agit dans l'ensemble des cas d'acrodynie frustre. L'évolution se fait par poussées évolutives, séparées par des périodes de rémission, qui peuvent être si complètes qu'elles font croire à la guérison. Mais la persistance des signes cardio-vasculaires et la stagnation de la courbe du poids doivent faire craindre une nouvelle poussée évolutive. Aussi est-il prudent de n'admettre la guérison qu'après la disparition de tous ces symptômes de l'acrodynie.

« Enfin, la persistance, chez des enfants, apparemment guéris depuis des mois ou des années, d'une tachycardie, d'une hypertension avec érythème cardiaque ou des troubles du caractère, qui n'existaient pas auparavant, autorisent à parler de séquelles. »

L'observation suivante, prise au hasard parmi les nombreux cas suivis à la consultation de Trousseau, réalise un cas typique de ces formes frustes à évolution prolongée.

OBSERVATION XIII

(Suivie à Trousseau par le Docteur R. CLÉMENT)

Mireille P..., née le 9 février 1933.

Vue pour la première fois le 6-1-1934. Vomit ses bouillies; ne pèse que 6 kg. 670. D'autre part, desquamation au niveau des membres. Rougeur et œdème des pieds; modification du caractère.

Le 13-1-1934 : poids 7 kg. 020.

Le 20-1-1934 : depuis 15 jours, desquamation des membres supérieurs et du thorax. Rien sur les jambes. Pieds et mains gonflés et rouges, surtout les pieds. Refuse à nouveau de prendre ses bouillies. Poids : 6 kg. 850.

Le 26-1-1934 : ne vomit plus, n'a pas de fièvre. Mains et pieds toujours gonflés et violacés; le gonflement prédomine sur l'avant-pied et au niveau de la tête des métacarpiens.

Le 12-4-1934 : semble avoir évolué jusqu'ici (un an et six mois) d'une façon fruste avec des alternatives d'amélioration et de rechute. Actuellement, pieds et mains rouges; plus de troubles du caractère, mais insomnie. Anorexie.

Pouls : 110.

T. A. : maxima à 11.

Poids : 10 kg. 750.

Le 14-5-1935 : reprise plus intense que les précédentes : mains rouges et bouffies, doigts indurés et écartés, gonflement prédominant à la phalange. Pieds rouges, violacés, gonflés, avec gonflement prédominant aux orteils et à la partie antérieure de la plante des pieds. Transpiration très abondante. Troubles du caractère : pleurniche, grognon, maussade. Anorexie très marquée. Soif très intense.

Pouls : 130.

T. A. : 13,5-9.

Poids : 10 kg. 600.

La générésine aurait énervé l'enfant.

Le 24-5-1935 : polydipsie très marquée. Le caractère serait en voie d'amélioration.

Poids : 10 kg. 800.

Fouls : 144.

T. A. : 13-6.

Traitement : arrêt de la générésine; vitaminol.

Le 28-5-1935 : état stationnaire, mais fléchit un peu sur le pied droit. Réflexes normaux.

Poids : 10 kg. 750.

Traitement : bains carbo-gazeux, iodarsénic.

Le 3-3-1936 (deux ans et trois mois après le début l'affection semble toujours en évolution : pieds violacés, froids, surtout à gauche. Mains rouges. Transpiration très marquée, surtout à la plante des pieds et paume des mains. Caractère amélioré. Dort bien. Polydipsie persiste. Signe de Chvostek.

Pouls : 116.

T. A. : 11,5-5.

Poids : 12 kg. 100.

Le 21-1-1937 : va mieux, mais peu d'appétit.

Le 2-2-1937 : amélioration actuelle du caractère, mais soif intense; les extrémités sont froides et violacées.

Poids : 13 kg. 300.

Traitement : R. U. V. et XV gouttes d'Uvé.

Le 13-10-1937 : amélioration du caractère.

Le 15-11-1937 : demande souvent à boire. Mains très rouges et suintantes. Pieds toujours froids. Moins triste et moins nerveuse.

Poids : 14 kg. 400.

Pouls : 140.

T. A. : maxima à 9.

Traitement : ondes courtes.

Eu résumé : Acrodynie à symptomatologie fruste, suivie depuis trois ans et onze mois, sans qu'on puisse parler de guérison.

CONCLUSIONS

I

A côté des formes typiques et caractéristiques de l'acrodynie infantile, il existe de très nombreux cas où l'affection est *fruste*, ou ne comprend qu'un ou plusieurs des symptômes principaux.

Il en est d'autres où un ou plusieurs symptômes atypiques par leur intensité ou leur localisation et, de ce fait, dominant le tableau clinique, réalisent des aspects assez différents de la maladie typique.

On peut ainsi observer :

— *des formes douloureuses prédominantes*, à siège périphérique, buccal ou abdominal;

— *des formes à manifestations cutanées intenses* d'aspect anormal;

— *des formes trophiques et mutilantes*, siégeant au niveau des extrémités, de la bouche ou de la tête;

— *des formes psychiques* impressionnantes;

— *des formes nerveuses* variables, avec troubles parétiques, myocloniques, accidents convulsifs, etc.;

— *des formes cachectiques*;

— *des formes oculaires*,

— et *des formes à évolution prolongée*.

II

En présence de symptômes aussi divers, on se rend compte que le diagnostic des formes atypiques de l'acrodynie ne laisse pas d'être assez difficile.

Lorsqu'existent, dès le début, ou au cours de l'évolution, les symptômes caractéristiques au niveau des mains et des pieds : douleur, gonflement, coloration rouge ou violacée, sudation abondante et desquamation, il est relativement facile de rattacher à l'acrodynie les autres symptômes observés, bien qu'il ne soit pas impossible qu'il y ait concomitance de deux affections.

Lorsque le syndrome acro-pathologique manque, ou lorsqu'il est fruste, on peut cependant poser ce diagnostic, grâce à quelques symptômes, rares chez l'enfant, et constants dans cette affection.

La *tachycardie*, chez un enfant apyrétique, peut relever de divers syndromes pathologiques, endocriniens ou nerveux; associée à des troubles psychiques, elle doit faire penser à l'acrodynie.

L'*hypertension artérielle* a une grosse valeur diagnostique. C'est un symptôme à peu près exceptionnel au cours de la première enfance. Sa présence constatée à plusieurs reprises et associée à la tachycardie, permet d'affirmer l'acrodynie. Il s'agit d'une hypertension permanente, portant sur la maxima et la minima, avec un indice oscillométrique extrêmement petit. De ce fait, et aussi à cause de l'indocilité de l'enfant, due à son état psychique, la pression

artérielle est parfois très difficile à prendre chez les jeunes acrodyniques.

L'importance des *transpirations*, l'*anorexie* et la *soif intense*, l'*amaigrissement rapide et inexpliqué* sont également de bons signes.

Mais l'*état psychique* et les attitudes sont souvent assez caractéristiques pour attirer l'attention, parce qu'ils surviennent chez un petit enfant jusque-là bien portant, ayant une cuti-réaction à la tuberculine négative, présentant des réactions humorales sensiblement normales et dont l'examen ne révèle aucune lésion organique importante.

Vu :

LE DOYEN :
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
CHIRAY.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

Des indications bibliographiques complètes sur l'acrodynie ont été publiées dans la thèse de Mme E. Stoopen. Aussi, nous nous contenterons d'indiquer seulement les ouvrages qui nous ont plus particulièrement servi pour ce travail.

APERT et LICHTENBERG. — Acrodynie fruste. *Bull. Soc. Pédiat.* Paris, février 1933.

BARRE (C.). — L'acrodynie infantile dans la région avignonnaise. *Cahiers de Prat. méd. chir.*, N° 4, juillet-août 1934 et nov. 1935.

BERNHEIM (M.). — Deux observations d'acrodynie fruste à forme douloureuse. *Pédiatrie*, N° 1, janvier 1935.

BERNOLE (Ch.). — L'acrodynie infantile. *Toulouse Médical*, N° 3, 1^{er} février 1937.

BLECHMANN (G.) et MONTLAUR (H.). — Acrodynie infantile et intra-dermo-réaction. *Bull. de la Soc. de Péd.*, N° 5, 24 mai 1932, p. 321-322.

BLECHMANN (G.), MONTLAUR (H.) et LECONTE (A.). — L'acrodynie, maladie contagieuse? Présentation de deux frères acrodyniques. *Bull. de Péd.*, N° 3, 21 mars 1933, p. 135-137.

BRETON (A.) et LEFEBVRE (G.). — A propos de cinq cas d'acrodynie infantile. *Pédiatrie*, t. 24, N° 1, janvier 1935, p. 13-18.

CADENAULE et BROQUÈRE. — A propos de plusieurs cas d'acrodynie infantile. *Pédiatrie*, janvier 1935.

CLÉMENT (Robert). — Discussion. *Bull. Soc. Péd.*, N° 6, juin 1934, p. 380-381.

— Formes atypiques de l'acrodynie. *Presse méd.*, 16 octobre 1935.

CLÉMENT (R.) et Mme E. STOOPEN. — Fréquence des formes prolongées et des séquelles de l'acrodynie infantile. Communication faite au cours de la séance du 9 déc. 1938. In *Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, séance du 16 déc. 1938, N° 35, p. 1771, 26 déc. 1938.

COMBY (J.). — L'érythœdème australien. *Arch. de Médecine des Enfants*, nov. 1922.

COSMI (de). — *Thèse de Paris*, 1930.

DEBRÉ (R.) et Mlle PÉTOT. — L'acrodynie infantile, ses liens avec l'acrodynie épidémique de l'adulte, l'ergotisme, l'arsénicisme chronique et la pellagre. *La Presse Méd.*, 15 juin 1927.

DEBRÉ (R.) et SERVEL DE COSMI. — Les formes cliniques de l'acrodynie infantile. *Le Monde Médical*, N° 764, 15 janvier 1930, p. 33-51.

DEBRÉ (R.) et CLÉRET (H.). — Acrodynie infantile à forme mutilante. Récidive d'acrodynie après sept années d'intervalle. Séquelles psychiques et vasomotrices. *Bull. Soc. de Péd.*, N° 5, 24 mai 1932 p. 314-321.

DUCUING. — Hématémèse mortelle dans l'acrodynie. *Soc. Méd. Chir. des Hôp. libres*, 1935.

DUPONT. — *Thèse de Paris*, 1935.

FEER. — Ein unbekanntes Krankheitsbild. *Schweizerischen Paediat.*, Berne, juin 1922.

— Eine eigenartige Neurose des vegetativen Systems beim Kleinkinde. Akrodynie Erythrodem, Pink disease. *Jahr. f. Kinderheilkunde*, Berlin, mai 1925.

- FRANCIONI et VIGI. — Ancora su di un caso di eritroedema (acrodinia). Rilievi clinici ed istopatologici. *Bull. Soc. Scienze Med.*, janvier-février 1928.
- GRENET (H.). — L'acrodynie. *Clinique et Laboratoire*, 20 nov. 1937.
- HANAUT (André). — Contribution à l'étude de l'acrodynie infantile. *Thèse de Paris*, 1937.
- JANET (H.). — L'acrodynie. *Journ. de Méd. et de Chir. prat.*, déc. 1928, p. 885-899.
- JANET (H.) et Mlle HUGUET. — Un cas d'acrodynie chez un enfant de trois ans et demi. Précocité et longue durée des troubles oculaires. *Bull. de Soc. de Péd.*, N° 8, oct. 1932.
- LEREBOULLET (P.). — Acrodynie infantile. *Gaz. des Hôp.*, 18 mai 1932.
- LÉVESQUE (J.) et MÉRY (R.). — Acrodynie probable caractérisée par un syndrome abdominal douloureux. *Bull. Soc. de Péd.*, N° 10, déc. 1939, p. 528-535.
- LÉVESQUE. — A propos de 15 observations d'acrodynie. *Bull. Méd.*, 6 juin 1936.
- MARQUEZY et Mlle RONGET. — Trois cas d'acrodynie infantile. *Bull. Soc. de Péd.*, N° 4, avril 1932.
- MOURIQUAND (G.), Mlle WEIL et BADINANT. — Acrodynie fruste diagnostiquée par les signes cardio-vasculaires. *Pédiatrie*, N° 1, janvier 1935.
- MOURIQUAND (G.), BERNHEIM et BADINAND. — Acrodynie avec réactions abdominales. *Pédiatrie*, N° 1, janvier 1935.
- NOBÉCOURT et KAPLAN. — Un cas d'acrodynie infantile. *Bull. Soc. de Péd. de Paris*, 18 mars 1930.
- NOBÉCOURT. — Sur quelques formes cliniques de l'acrodynie infantile. *Péd. pratique*, 5 mai 1932.
- PÉHU (M.) et MESTRALLET (A.). — Essais nosologiques sur l'acrodynie infantile. *Le Journ. de Méd. de Lyon*, 5 nov. 1928, p. 625-641.

- Hypothèse sur la nature de l'acrodynie. *Revue de Médecine*, N° 1, janvier 1930, p. 1-16.
- PÉHU (M.). — Notes cliniques sur l'acrodynie infantile. *Pédiatrie*, janvier 1935, N° 1.
- PÉHU (M.) et CASTEL (J.). — Acrodynie à prédominance sensitive avec syndrome de Claude Bernard-Horner. *Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, 14 mars 1939.
- PIERRET (R.), BOURNEVILLE (P.) et LEFEBVRE. — Un cas d'acrodynie infantile avec troubles vaso-moteurs graves, diarrhée, chute presque complète des dents, atrophie considérable du maxillaire supérieur et décollement de la muqueuse palatine. *Pédiatrie*, N° 1, janvier 1935.
- RACHET (M.). — Les manifestations bucco-dentaires de l'acrodynie infantile. *Thèse de Paris*, 1935.
- RIETSCHER. — Pathogénie de la maladie de Feer. *Deutsche Mediz. Wochenschrift*, N° 19, 6 mai 1932.
- ROCAZ (Ch.). — L'acrodynie infantile. Monographie.
- ROCAZ (Ch.) et BOISSERIE-LACROIX. — Acrodynie et Névraxite. *Paris Médical*, N° 4, janvier 1935.
- ROCAZ (Ch.) et LARTIGAUT (R.). — Acrodynie infantile familiale. *Pédiatrie*, N° 1, janv. 1935.
- SCHACHTER (M.) (Bucarest). — L'étiopathogénie et le traitement de l'acrodynie ou maladie de Swift-Feer. *L'Hôpital*, septembre 1934.
- TURQUÉTY. — L'acrodynie infantile. *Concours méd.*, 4 mars 1928.
- WEILL, HALLÉ et KLOTZ. — Un cas d'acrodynie récidivante. Etude du syndrome vaso-moteur. *Bull. Soc. de Péd. de Paris*, juillet 1934.
- WORINGER. — L'acrodynie infantile. *Rev. Franç. de Péd.*, 1926. Présentation de 4 cas d'acrodynie. (Réunion pédiatrique de Strasbourg, 15 mai 1926.)

